

Erstbefüllung der ePA alleinige Aufgabe der Ärzeschaft

Die DGIM begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Referentenentwurf zum Digital-Gesetz (DigiG) die Digitalisierung im Gesundheitswesen konsequent vorantreibt und erkennbar an den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer ausrichtet. Gleichzeitig fordert die Fachgesellschaft in einer Stellungnahme, dass das erstmalige Befüllen der elektronischen Patientenakte (ePA) mit Gesundheitsdaten – unter entsprechender Vergütung – durch Ärztinnen und Ärzte erfolgen muss, die mit der Krankengeschichte der jeweiligen Versicherten vertraut sind. Nur so ist gewährleistet, dass die Akte alle relevanten Informationen enthält. Auch bei anderen Regelungen sehen die DGIM-Expertinnen und -Experten noch Anpassungsbedarf.

Die ePA gilt als Kernstück der Digitalisierung des Gesundheitswesens, verspricht sie doch, alle relevanten medizinischen Informationen geordnet und digital zu sammeln und für Ärztinnen und Ärzte, aber auch für die Betroffenen selbst einsehbar zu machen. Vorgesehen ist, dass auch Befunde vorangegangener Behandlungen in die ePA eingepflegt werden sollen (Ex-tunc-Befüllung). „Gerade chronisch Erkrankte mit relevanten Vorerkrankungen profitieren erheblich davon, wenn aus der ePA klar hervorgeht, wie sich ihr Gesundheitszustand entwickelt und wie bisherige Behandlungen gewirkt haben“, begrüßt Professor Dr. med. Claus Vogelmeier, Vorsitzender der DGIM-Kommission Digitale Transformation in der Inneren Medizin und Sonderbeauftragter für Digitalisierung der DGIM, diese Regelung ausdrücklich.

Dabei sieht der Experte die Erstbefüllung der ePA klar als Aufgabe der Ärzteschaft. „Welche Informationen aus der Krankengeschichte einer Patientin oder eines Patienten für zukünftige Behandlungen relevant sind, können am besten Ärztinnen und Ärzte entscheiden, die sie schon lange kennen und häufiger behandelt haben“, sagt Vogelmeier und spricht sich damit gegen das im bisherigen Entwurf skizzierte Verfahren zur Erstbefüllung der Akte durch die Krankenkassen aus. Demnach sollen Patientinnen und Patienten ihnen vorliegende Befunde selbst an die Krankenkassen schicken, welche die Dokumente einscannen und in die ePA einstellen. „Diese Regelung lehnen wir, aber auch die Kassen selbst ab, denn wie sollen die Versicherten oder die Mitarbeitenden der Krankenkassen fachlich entscheiden können, welche Befunde versorgungsrelevant sind und welche nicht?“, sagt auch DGIM-Generalsekretär Professor Dr. med. Georg Ertl. Dieses Verfahren sehe er auch in Hinsicht auf den Datenschutz und die ärztliche Schweigepflicht kritisch.

Aktuell gibt es keine Vorgaben, welche Daten in welcher Form in die ePA zu überführen sind. „Langfristig brauchen wir für die Erstbefüllung fachliche und qualitätssichernde Vorgaben, die sicherstellen, dass tatsächlich versorgungsrelevante Informationen möglichst vollständig in der ePA enthalten sind und Behandelnde diese

auch schnell abrufen können“, fordert Ertl daher. Der Internist regt an, diese Mindestvorgaben an die Vergütung zu koppeln und bestehende Vergütungsmechanismen so auszurichten, dass Ärztinnen und Ärzte einen Anreiz erhalten, die ePA ihren Patientinnen und Patienten aktiv anzubieten und diese für sie zu befüllen.

Dass die ePA über eine Opt-out-Lösung in die Breite der Versorgung gebracht werden soll, begrüßt die DGIM ebenfalls. So sei sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten weiter die Hoheit über ihre Daten haben. „Um die höchstmögliche Qualität der Versorgung sicherzustellen, sollten etwa Hausärztinnen und Hausärzte von Beginn an ohne gesonderte Einwilligung möglichst weitreichende und zeitlich unbegrenzte Zugriffsrechte erhalten“, sagt Digital-Experte Vogelmeier. Falls Patientinnen und Patienten der Nutzung bestimmter Daten durch einzelne Behandelnde aktiv widersprechen, müssen sie umfassend darüber aufgeklärt werden, dass dies potenziell negative medizinische Folgen für sie haben kann. „Ärztinnen und Ärzten darf kein Schaden daraus erwachsen, wenn sie Patientinnen und Patienten nicht bestmöglich behandeln können, weil sie bestimmte ePA-Daten nicht einsehen durften“, so der Marburger Internist.

In ihrer aktuellen Stellungnahme geht die DGIM außerdem auf die Themen Medikationsmanagement, Telemedizin und Digitale Gesundheitsanwendungen ein. Darüber hinaus legen die Expertinnen und Experten der Fachgesellschaft Standpunkte zur Interoperabilität medizinischer Daten, zur Nutzerfreundlichkeit informationstechnischer Systeme sowie zum geplanten Digitalbeirat vor. Wichtig ist der DGIM darüber hinaus, dass die Daten der medizinischen Forschung zur Verfügung stehen, um klinische Studien mit Daten aus der Routineversorgung ergänzen zu können.

Die vollständige Stellungnahme finden Sie hier:



https://www.dgim.de/fileadmin/user_upload/PDF/Publikationen/Stellungnahmen/20230804_Stellungnahme_zum_Referentenentwurf_BMG.pdf

Aktualisierte S3-Leitlinie

Lokaltherapie von Wunden aufgrund von Diabetes und anderen Erkrankungen

Aktuell sind Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien“ an über 80 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt. Vor kurzem erschien die erste Aktualisierung der S3-Leitlinie zur Lokaltherapie von Wunden bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus und chronischer

venöser Insuffizienz. DGIM-Mandatsträger dabei waren Prof. Dr. Ralf Lobmann, Stuttgart, und Dr. Florian Thienel, Quakenbrück. Sie fassen die wesentlichen Neuerungen zusammen.

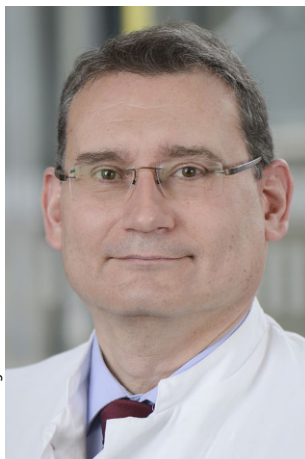
Gegenstand der 2012 erstmals publizierte Leitlinie sind die Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Ulzera cruris arteriosum, venosum und mixtum sowie Ulzera im Rahmen des „Diabetischen Fußes“. Im Rahmen der Optimierung der Leitlinie fand 2017 eine Anwenderbefragung sowie eine kritische Überprüfung der Leitlinienqualität statt, was zu Änderungen bei Titel, Gestaltung und Gliederung sowie Ein- und Ausschlusskriterien für die zu berücksichtigende Literatur führte. Um die Praxisrelevanz zu steigern, wurden Schlüsselfragen konsentiert, die soweit möglich im Rahmen der Empfehlungen beantwortet werden.

Wie schon 2012 waren unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW) an der Erstellung und Konsentierung alle für das Thema relevanten Fachgesellschaften sowie am Behandlungsprozess maßgeblich involvierten Berufsgruppen – in Summe dreiundzwanzig – beteiligt.

Ziele der Leitlinie

Für Produkte zur lokalen Behandlung von Wunden existieren nur wenige Studien mit hochwertiger Qualität, da für die Zulassung als Medizinprodukt (bisher) kein Wirksamkeitsnachweis erforderlich ist. Ähnlich positionierte sich auch z. B. die internationale Leitlinie der International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF; <https://iwgdfguidelines.org>). Vor dem Hintergrund des drohenden Verlusts der Kostenerstattung steigt aber der Druck, für wirkstoffhaltige Produkte und physikalische Maßnahmen zur Wundtherapie angemessene Wirksamkeitsnachweise vorzulegen.

Die Leitlinie will einen Beitrag leisten, die vielfältigen Belastungen der betroffenen Menschen durch lange bestehende Wunden über bessere Versorgungsabläufe bei Diagnostik, Therapie und Nachsorge zu reduzieren. In den Fokus rückt dabei die Lebensqualität der Betroffenen sowie die partizipative Mitwirkung der Patientinnen und Patienten durch Klärung von Bedürfnissen und Beratung.



© Rautenberg

▲ Prof. Dr. med. Ralf Lobmann



© CKQ

▲ Dr. med. Florian Thienel

Überblick

Wesentliche Punkte aus der Leitlinie sind:

- mit Start der Lokaltherapie auch Ursache für die chronische Wunde abklären
- bei Stagnation der Wundheilung über 6 Wochen andere Fachdisziplinen einbeziehen bzw. 2. Meinung einholen
- scharfes Debridement bei Bedarf, Wunde bei jedem Verbandswechsel reinigen
- bei nicht infizierten Wunden wirkstofffreie Lösungen zur Reinigung einsetzen
- Verwendung wirkstofffreier Wundaufgaben zur Erzielung eines ausreichend feuchten Wundmilieus bzw. zur Exsudatkontrolle
- Nach Konditionierung der Wunde sollte ein autologer Hautersatz geprüft werden bzw. kann ein synthetischer Hautersatz erwogen werden.
- In speziellen Situationen sind Kohlekompressen, Ibuprofenhaltige Wundaufgaben, Lipidkolloid-Schaum mit Nano-Oligosaccharidfaktor oder autologe Fibrin-Thrombo-/Leukozyten-Patches zu erwägen.
- kontinuierlicher Schutz vor belastungsinduziertem Druck, insbesondere bei neuropathischen Wunden unter weitestmöglichem Erhalt der Alltagsaktivitäten
- Histologie bei therapieresistenten und morphologisch ungewöhnlichen Wunden

Sinnvolle Behandlungsmethoden

Bei den physikalischen Maßnahmen wird empfohlen, die Unterdrucktherapie in Erwägung zu ziehen. Nach Ausschöpfen aller Standard-Therapiemaßnahmen der Revaskularisation, optimierten lokalen Wundtherapie inklusive lokaler Druckentlastung wird für das Diabetische Fußsyndrom die hyperbare Sauerstofftherapie als adjuvante Therapiemaßnahme als „sollte“-Empfehlung genannt.

Dass diese in der Fläche und aufgrund der Behandlung in einer Druckkammer für viele Betroffene (auch wegen Kontraindikationen bei den oft betagten und multimorbiden Patienten) kaum verfügbare Therapieoption eine stärkere Empfehlung als beispielsweise die Unterdrucktherapie erhielt, war Gegenstand engagierter Diskussionen. Gerade die Deutsche Diabetes Gesellschaft, die Dt. Gesellschaft für Angiologie und eben die DGIM positionierten sich dazu kritisch und empfehlen dies in ihren Positionspapieren nicht bzw. sehr zurückhaltend.

Keine Empfehlung zur Anwendung wurde aufgrund der aktuellen Studienlage für alle übrigen physikalischen Maßnahmen wie z. B. auch noch bezüglich des Einsatzes von Kaltplasma ausgesprochen.

Dass chronische Wunden Teil komplexer Krankheitsgeschehen sind, berücksichtigt die aktuelle Fassung explizit mit dem wiederholten Verweis auf die Notwendigkeit, interdisziplinäre, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Ansätze zu wählen und dementsprechend auch die Curricula zur Ausbildung zu gestalten.

Praktische Tipps und Informationen

Übersichtlich gestaltete Algorithmen zu Behandlungsplan, Wundreinigung, Wundaufgaben, Therapiezielen und Assessment

machen den Therapieprozess transparent und bieten insbesondere für Einsteiger in dieses Thema eine gute Übersicht. In der sogenannten „Rationale“ zu den Schlüsselfragen mit ihren Empfehlungen sind eine Menge an Hintergrundinformationen inklusive Praxis-Tipps verarbeitet, deren Lektüre einen guten Überblick über den aktuellen Wissensstand liefert.

Die Leitlinie soll in kürzeren Abständen als bisher auf den aktuellen Stand gebracht werden und so noch mehr Alltagsrelevanz und „Lebendigkeit“ erhalten. Sie ist zu finden unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/091-001>.



Kommission Wissenschafts- und Nachwuchsförderung

Nachwuchsförderung in der DGIM

Die DGIM hält für junge oder angehende Internistinnen und Internisten zahlreiche Fördermöglichkeiten bereit. Damit verbunden ist auch das Ziel, talentierte Nachwuchskräfte nachhaltig für die innere Medizin zu begeistern. Ein Erfolg, wie eine aktuelle Auswertung zeigt.

Die Kommission Wissenschafts- und Nachwuchsförderung widmet sich seit vielen Jahren der Förderung des wissenschaftlichen medizinischen Nachwuchses. Hierzu wurden verschiedene Stipendien etabliert, die sich an Internistinnen und Internisten unterschiedlicher Karrierestufen sowie an Studierende richten. Darüber hinaus bietet die DGIM eine Akademie für ärztliche Führungskräfte in der Inneren Medizin an (■ **Tab. 1**).

In diesem Jahr erfolgte eine Evaluation der Absolventen des Promotionsstipendiums, des Clinician Scientist Programms und der Akademie für Führungskräfte, deren Ergebnisse wir Ihnen im Folgenden vorstellen. Das Advanced Clinician Scientist Programm wurde erst 2020 eingeführt und es hat erst ein Absolvent abgeschlossen, so dass bislang keine Evaluation möglich ist. Das flexible Brückenstipendium wird aktuell neu eingeführt.

Peter-Scriba-Promotionsstipendium

Das Programm dient der Förderung hervorragender, auch klinischer Doktorarbeiten in der Inneren Medizin, mit dem Ziel, die Stipendiaten für eine wissenschaftliche Karriere zu motivieren. Das Stipendium wurde erstmals 2015 vergeben und seitdem wurden bis 2022 insgesamt 62 Stipendien bewilligt. In der Regel werden

Tab. 1 Fördermöglichkeiten der DGIM

Programm	Zielgruppe
Peter-Scriba-Promotionsstipendium	Studentinnen und Studenten, die in der Inneren Medizin promovieren
Clinician Scientist Programm (CSP)	Klinische Forscher in der Habilitationsphase
Advanced Clinician Scientist Programm (ACSP)	Klinische Forscher nach Abschluss der Habilitation
Akademie für Führungskräfte in der Inneren Medizin	Führungskräfte in der Inneren Medizin, Teilnehmende des CSP
Flexibles Brückenstipendium	Überbrückung für einen kurzen Zeitraum bei bewilligtem Forschungsprojekt

bis zu 10 Stipendien von je 10.000 € vergeben. In einer aktuellen Umfrage wurden die ersten Stipendiaten befragt. Drei Viertel von ihnen hatten ihre Promotion inzwischen abgeschlossen. Erfreulicherweise erreichten 87,5 % der Peter-Scriba-Stipendiaten die Note „summa cum laude“. Knapp 75 % der Stipendiatinnen und Stipendiaten möchten auch in Zukunft wissenschaftlich arbeiten und etwa zwei Drittel wollen der Inneren Medizin treu bleiben.

Clinician Scientist Programm

Das Stipendium dient der Förderung exzellenter klinischer Forschung im Bereich der Inneren Medizin und ermöglicht eine Freistellung von klinischer Arbeit von bis zu 50 % für maximal 3 Jahre. Das Stipendium wird seit 2017 vergeben und es wurden bis 2022 insgesamt 13 Stipendien bewilligt. Aktuell werden bis zu 3 Stipendien pro Jahr vergeben. Das Programm wird von einem individuellen Curriculum mit speziellen Themenschwerpunkten begleitet. Es dient der Vorbereitung und Fertigstellung der Habilitation und dem Aufbau einer eigenen wissenschaftlichen Arbeitsgruppe mit eigenen Fördermitteln. In der aktuellen Umfrage wurden die Absolventinnen und Absolventen mit bereits abgeschlossener Förderung befragt. Alle hatten die Habilitation zwischenzeitlich eingereicht, bei 87,5 % war sie bereits abgeschlossen. Außerdem hatten sich zwei Drittel der Befragten mittlerweile auf eine Professur beworben (12,5 % W2, 50 % W3) und drei Viertel für ihr Projekt eine Auszeichnung erhalten. Alle Stipendiaten hatten inzwischen eigene Drittmittel eingeworben.

Akademie für Führungskräfte in der Inneren Medizin

Die Akademie für Führungskräfte in der Inneren Medizin richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die in der Inneren Medizin eine Leitungsfunktion haben oder kurz vor der Übernahme einer solchen Position stehen. Ursprünglich 2011 als Frauenförderprogramm eingeführt und nur einmal (mit einem Alumni-Treffen im Jahr 2013) veranstaltet, erfolgt die Förderung seit 2015 unabhängig vom Geschlecht. Auch die Stipendiatinnen und Stipendiaten des Clinician Scientist Programms nehmen im Rahmen ihres Begleitcurriculums an der Akademie für Führungskräfte teil. Laut der aktuellen Umfrage hatten ca. die Hälfte der Teilnehmenden zum Zeitpunkt ih-